Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes

LETTRE D'INFORMATION AOÛT 2011

SOMMAIRE

Page 1
- Edito

Page 2 -3
- Les incohérences de l'article 51 de la loi HPST

Page 4 - 5
- Recommandation de bonne pratique

Page 6
- Référentiel de formation

Page 7
- Avenir des IADE – Question au ministre

Page 8
- Erreur médicamenteuse

Page 9
- Jurisprudence – Glissement de tâche

Page 10
- Les turbulences du Conseil de L'Ordre Infirmier

Page 11
- Allergie au latex

Page 11
- Prime de tutorat infirmier

Page 12
- Guide HAS : Annonce d'un dommage associé aux soins Améliorer la relation soignant - patient

Page 12
- Guide retraite public - privé

Page 13
- Annonces de recrutement

EDITORIAL

Certes le SNIA a vécu un début de métamorphose un peu difficile. De nombreuses discussions ainsi que certaines démarches ont été nécessaires afin de mettre en place cette restructuration et ce dans les meilleures conditions. Mais toutes ces rencontres sont loin d'avoir été stériles, au contraire. Quoi qu'il en soit, il fallait rafraîchir certains côtés de l'édifice.

Deux objectifs principaux avaient été fixés ; d'une part, renforcer les régions et créer ainsi un véritable réseau syndical et d'autre part, renforcer la représentativité du syndicat et donc sa légitimité devant toutes les instances officielles. Mais cela ne pouvait se concevoir qu'après refonte des statuts. Par ailleurs, quatre postes restaient vacants au conseil syndical d'où un appel à candidature pour accroître l'efficience de l'équipe.

C'est pour cela qu'une assemblée générale extraordinaire a été convoquée au mois de juin puis une seconde en juillet, faute de quorum lors de la première séance. A cette occasion, quatre nouveaux membres ont été élus au sein du conseil et les nouveaux statuts du syndicat ont été adoptés.

Les nouveaux statuts vont permettre au SNIA d'être d'avantage en accord avec la législation sur la représentativité syndicale. Espérons que le SNIA réussisse, dans l'avenir, à se présenter aux élections professionnelles et participer aux différentes commissions des établissements.

Les nouveaux statuts font des délégués régionaux des membres à part entière du conseil syndical. Ils seront ainsi systématiquement impliqués dans le fonctionnement du SNIA, non seulement consultés mais également décisionnaires dans la vie syndicale. Les régions seront directement intégrées au sein même du syndicat et le SNIA sera directement présent au sein même de chaque région. La toile d'araignée que nous allons nous efforcer de tisser n'en sera que plus solide.

Un autre point fort de cette mutation est la rénovation du site internet. Le nouveau site sera accessible à tous très prochainement, voire dès septembre.

Par ailleurs, soyez convaincus que le SNIA continue à être actif dans la veille professionnelle. Si parfois vous pouvez avoir le sentiment que le SNIA dort, sachez qu'il ne dort jamais, au pire, que d'un œil.

2011 restera l'année du changement et de la rénovation de notre syndicat.

Jean-Marc Serrat

Syndicat **N**ational des **I**nfirmiers **A**nesthésistes
157, rue Legendre - 75017 Paris
Tél. : 01 40 35 31 98 - Fax : 01 40 35 31 95
E-mail : snia75@snia.net

Editeur et régie publicitaire :
Macéo éditions – M. Kamel TABTAB, Directeur
11, bd Ornano - 75018 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
E-mail : maceoeditions@gmail.com

Imprimé à 1100 exemplaires. Fabrication et impression en UE.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

LES INCOHÉRENCES DE L'ARTICLE 51 DE LA LOI HPST

Article réalisé à partir de l'analyse de Maître Gilles DEVERS (avocat au Barreau de Lyon) sur l'exclusivité de compétence des IADE et la coopération entre professionnels de santé (rédigé pour le SNIA) et un article de Nicolas GOMBAULT (directeur Général au Sou Médical) dans la revue Responsabilité n° 39 de septembre 2010.

Principe et historique

La notion de transferts de tâches et de compétences ainsi que de coopération entre des professionnels de santé a été lancée par le Ministre de la santé Jean-François MATTEI en 2003, à partir d'une mission d'études et de propositions sur la démographie des professions de santé confiée au Professeur Yvon BERLAND. Celui-ci a rendu un premier *rapport en novembre 2002 sur la démographie*, puis un *deuxième en octobre 2003 sur les coopérations possibles et les transferts de compétences entre professionnels de santé*, partant d'expériences étrangères. Dans la suite de ces missions des processus expérimentaux ont été mis en œuvre en 2004 et 2006 avec un bilan global considéré comme positif.

Il faut noter qu'aucune expérimentation concernant les infirmiers anesthésistes n'a été proposée. Néanmoins, il faut se souvenir qu'un transfert de compétences de médecins urgentistes fut proposé à des IDE et non à des IADE dans le cadre des urgences pré hospitalières. L'intervention du SNIA associée à celle de la SFAR et de certains urgentistes avait permis de retirer cette expérimentation du champ de l'arrêté du 13 décembre 2004.

Une *recommandation d'avril 2008 de la Haute Autorité de Santé* (HAS) sur les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé a suivi, dans le cadre d'une concertation entre la HAS et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

L'évolution se confirme avec *l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009* dite Hôpital, patient, santé, territoire (HPST), ajoutant trois articles dans le Code de la santé publique *(Art. L. 4011-1 à L. 4011-3).* L'HAS le résume ainsi : *« Ce texte instaure un dispositif juridique à la disposition des professionnels de santé pour leur permettre de déroger à leur condition légale d'exercice par le transfert d'actes ou d'activités de soins d'un corps de métier à un autre ou par la réorganisation de leur mode d'intervention auprès du patient ».*

L'écrit de directeur général du Sou Médical (MACSF) spécifie que : *« cela aboutit à des transferts de tâches qui sont susceptibles de poser d'importants problèmes de responsabilité* ».

La cause mise en avant est l'évolution des professions, avec la question, pertinente, des pratiques avancées. Mais il s'agit aussi de trouver une réponse à l'évolution de la démographie des professions de santé. En perspective et nécessité faisant loi, cela revient à autoriser des professionnels à exercer des tâches pour lesquelles ils ne disposent ni de la compétence réglementaire, ni de la formation théorique.

Ce système est ouvert à toutes les professions médicales mais les enjeux principaux se situent évidemment entre les deux principales professions, à savoir les médecins et les infirmiers.

Procédure

Les professionnels qui souhaitent s'engager dans cette démarche doivent soumettre les protocoles de coopération à l'ARS, qui doit vérifier que ceux-ci correspondent à un besoin de santé au niveau de la région concernée. C'est le directeur de l'ARS qui autorise la mise en œuvre des protocoles par arrêté pris après « avis conforme » de l'HAS. En ne donnant qu'un avis, on peut penser que l'implication juridique de l'HAS est nulle, pourtant la loi lui donne la possibilité de généraliser l'application à tout le territoire.

L'ARS doit vérifier que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, mais aussi la preuve de l'expérience et de la formation des différents professionnels dans le domaine considéré. Enfin, elle vérifie qu'une garantie assurantielle portant sur le champ défini du protocole de coopération est souscrite par les professionnels concernés. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

Les incohérences de la loi

- ***Point de vue de l'assureur***

L'autorisation ne peut être donnée que si le demandeur justifie d'une garantie assurantielle. Dans un souci d'éviter les risques de mise en cause de la responsabilité des ARS, les rédacteurs des textes souhaitent que les sociétés d'assurance vérifient en amont la compétence et l'expérience des demandeurs. Le principe législatif selon lequel un assureur ne peut garantir une activité illicite, n'a-t-il pas été omis ? En toute logique, la garantie assurantielle ne devrait pouvoir être souscrite qu'après autorisation donnée par l'ARS aux professionnels de santé souhaitant participer au protocole.

Par ailleurs, *« l'autorisation ne sera donnée que si le demandeur peut justifier d'une expérience dans le domaine considéré ».* Cela ne revient-il pas à demander de justifier d'une pratique antérieure illégale, puisque précisément, seule l'autorisation est de nature à rendre licite le transfert de tâches !

- ***Point de vue de l'avocat***

« *Le texte tel qu'il a été rédigé, sous prétexte d'aménagements, démantèle le système des compétences réglementaires. En effet, il lève les limites aux définitions des professions médicales et infirmières, permettant des dérogations à l'exercice illégal, dans des conditions très larges ».*

« La loi n'opère pas une collaboration mais un transfert de compétences, et la limite est fixée par les intervenants eux-mêmes qui définissent en dehors de leur champ réglementaire de compétences, les connaissances et l'expérience qu'ils ont acquis, de manière illégale nécessairement ».

Cette déclaration de limite, que fixe le professionnel, n'a fait l'objet d'aucun processus de validation.

L'autorité publique, l'ARS, ne vérifie qu'un seul critère, à savoir celui des besoins de santé constatés au niveau régional. L'essentiel revient à la Haute Autorité de Santé qui donne un avis, et cet avis sera décisif. Pour être efficace, cet avis doit ensuite être entériné par le Directeur régional de l'ARS, mais celui-ci n'aura pas de marge de manœuvre : il se contente d'authentifier l'avis.

Rien n'est dit par la loi sur les conditions dans lesquelles la HAS donne cet avis, ce qui est fort critiquable. D'abord la HAS n'est pas l'Etat mais une institution indépendante. Ensuite, l'arrêté n'apporte aucune précision opératoire, et c'est l'HAS qui a auto-produit ses propres règles, par un guide méthodologique qui ne dit d'ailleurs rien des procédés et critères permettant de qualifier les projets. On peut donc penser que des données ouvertement abusives se verraient opposer un avis non-conforme par la Haute Autorité de Santé, interdisant la validation du protocole. Mais en revanche, toutes les limites qui fondent la pratique actuelle peuvent se trouver remises en cause par ce processus simple.

S'agissant des infirmiers anesthésistes

La même analyse vaut évidemment pour la question particulière des infirmiers anesthésistes, qui disposent d'une exclusivité d'exercice prévue par l'article R 4311-12 du Code de la santé publique. Le raisonnement est le même, mais la protection générale est plus faible, car l'exclusivité est prévue par un texte réglementaire sans sanction d'exercice illégal. Ainsi, l'infirmier qui pratique des actes d'anesthésie commet une faute professionnelle susceptible d'engager sa responsabilité civile en cas de dommage. Mais on ne retrouve pas l'exercice illégal qui engage la responsabilité pénale par le simple fait de la pratique de l'acte. C'est une règle générale à l'intérieur d'une même profession : un médecin qui exerce en dehors de sa spécialité commet une faute professionnelle, mais n'est pas en exercice illégal.

Une équipe médicale peut donc désormais, dans la plus parfaite légalité, proposer un protocole permettant à des infirmiers non titulaires du diplôme IADE de pratiquer des actes relevant de la compétence IADE ou de la compétence médicale, dès lors que cette équipe est en mesure d'attester de ses connaissances et de leur expérience.

Si l'ARS juge que le besoin de santé est effectif et que la HAS, par des procédés qui lui sont propres, valide ce projet, le transfert devient effectif et peut être pratiqué par toute personne qui déclare s'inscrire dans ce protocole. Ainsi, le schéma d'origine était de proposer des procédures d'exception, dans l'esprit de compétences avancées liées aux travaux d'équipe en fonction de spécialités reconnues.

Le résultat est une ouverture générale, qui permet de faire beaucoup de choses dès lors que :

- le champ est défini par les professionnels eux-mêmes, en fonction des limites de leurs connaissances acquises ;
- l'autorité publique n'exerce de contrôle que sur le besoin de santé, qui apparaîtrait dès qu'il y a pénurie ;
- la HAS, organisme indépendant, valide le protocole selon les critères qu'elle définit elle-même et par un organisme qu'elle suscite en son sein ;
- la loi prévoit sans en définir les modalités, la possibilité pour le Directeur de l'ARS d'étendre le champ du protocole au niveau national ;
- enfin, il est dit très peu de choses sur la manière dont sera contrôlée la mise en œuvre du protocole.

Le processus n'est pas occulte, mais il est d'une transparence extrêmement limitée. On peut bien entendu compter sur la réserve et le professionnalisme de chacun. Mais il est également clair, dans un contexte de rareté du personnel et de recherche d'économie, que ce texte peut devenir l'occasion de démanteler des pans entiers de l'exercice professionnel des IADE.

Conclusion

Un tel dispositif, dicté par les restrictions budgétaires et le désir occulte de protéger au maximum les autorités administratives contre tout recours en responsabilité, remet en cause, non seulement la qualité de la formation et la compétence avancée des infirmiers anesthésistes, mais aussi la qualité des soins dans sa globalité.

A ce jour, le ministère de la santé comme la HAS ont répondu au SNIA qu'aucun protocole concernant la spécialité en anesthésie n'avait été déposé. De même la HAS a répondu, concernant la Recommandation de Bonnes Pratiques (RBP) sur la réalisation de sédation par des non anesthésistes pour des actes invasifs (cf bulletin SNIA n°189), que celle-ci n'a été présentée ni devant le comité de validation, ni devant le collège HAS. Elle ne peut donc prétendre à ce jour au label méthodologique HAS. En tout état de cause, le SNIA attaquera en justice tout protocole ou procédure de RBP portant atteinte au champ professionnel de l'IADE.

*Marie-Ange **SAGET**,*
snia75@snia.net

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE
COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Administration du propofol en endoscopie digestive par des non anesthésistes

Dans le dernier bulletin, nous avions publié une synthèse des recommandations internationales visant à déléguer à des non anesthésistes la sédation lors d'examens endoscopiques. La SFAR par la voix de Mr le Pr Bertrand Debaene réfléchissait à la mise en œuvre de ce transfert de compétence.

Jean-Marc Serrat a adressé un courrier à l'HAS, organisme validant ce type de pratique. Nous publions ci-dessous sa lettre et la réponse de la Haute Autorité de Santé

Paris le 6 mai 2011

Monsieur le Directeur

Haute Autorité de Santé

2, ave du Stade de France

93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Objet : Mise en garde sur la sécurité anesthésique et les risques encourus par les usagers.

Monsieur le Directeur,

Nous découvrons, certes tardivement, que des recommandations formalisées d'experts concernant la sédation par des non-anesthésistes pour des actes invasifs ont été émises fin novembre 2010, lors de la réunion finale de la journée de réflexion sur l'endoscopie, sous l'égide de la HAS.

Il parait invraisemblable que la HAS, dont les principales valeurs sont censées être : « *l'évaluation sur des bases scientifiques de la qualité des soins* » et « *l'amélioration de l'équité, de la pertinence et de l'efficience du système de santé au bénéfice du patient* », puisse cautionner de telles actions répondant davantage au lobbying d'une corporation, dont les motivations pécuniaires sont évidentes, qu'à un réel développement de la qualité des soins.

Toutefois, la réglementation française sur la sécurité en anesthésie, contraignant pour le bien des patients à une évaluation médicale, une surveillance per et post anesthésique par des personnels qualifiés et diplômés, a largement prouvé son efficacité en matière de morbi-mortalité dans ce domaine précis d'intervention.

Aucun des pays cités en référence dans les *guidelines* européens, ne possèdent la même formation de paramédicaux, ni la même réglementation en matière de sécurité anesthésique.

Il est navrant de voir comment la Haute Autorité de Santé, comme la Société Française d'Anesthésie-Réanimation, occulte les compétences qui existent dans leur propre pays.

A l'heure des coopérations entre professionnels de santé et du développement des métiers intermédiaires est-il raisonnable de faire prendre des risques à des patients en formant des auxiliaires médicaux au rabais, alors qu'une formation spécifique existe en France depuis plus de 60 ans ?

Une personne « rapidement formée » deviendra rapidement dangereuse. Le terme « formation rapide » est absurde car les enseignements ne peuvent être dissociés dans le domaine de l'anesthésie.

Cette décision n'a de remarquable que le fait d'occulter des années de recommandations écrites afin de garantir la sécurité des usagers. C'est intellectuellement et éthiquement une décision grave, invraisemblable et incompréhensible. Il n'y aura pas que le seul verrou de l'AFSSAPS à faire sauter !

Sachez qu'au quotidien, dans notre pays, les infirmiers anesthésistes réalisent des anesthésies ou des sédations, plus ou moins profondes, pour des endoscopies digestives, certes sous une supervision médicale dite intra-muros mais seuls en salle de l'induction au réveil du patient.

Il en est d'ailleurs de même pour d'autres gestes courts qui, étrangement, ne suscitent pas un fort engouement de nos collaborateurs, comme par exemple les interruptions volontaires de grossesse et les prélèvements d'ovocytes…

Ce constat de terrain devrait vous faire entrevoir des solutions plus raisonnables en matière de prise en charge anesthésique ou même « sédative » des patients devant bénéficier d'endoscopies digestives.

L'évaluation médicale par un médecin anesthésiste reste un pré-requis incontournable à la prévention de drames inadmissibles. Pourquoi chercher un nouveau personnel pour pratiquer ce genre d'anesthésie alors que ce personnel existe déjà ?

Est-il nécessaire de rappeler qu'en France, des paramédicaux ont une spécialité dans ce domaine grâce à une formation spécifique, dont l'excellence est garantie par des PUPH-AR conseillers scientifiques, et sanctionnée par un diplôme d'état, ce sont les **infirmiers-anesthésistes**.

Ce diplôme nous confère notamment une exclusivité d'exercice depuis 1988, reconnue par décret et par ailleurs réaffirmée publiquement à maintes reprises par le ministère de tutelle au cours de l'année 2010.

Nous demandons juste que notre exercice quotidien et notre marge d'autonomie et de responsabilité soient enfin reconnus.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, je vous prie de croire, Monsieur le directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Jean-Marc Serrat,
Vice-président du SNIA

REPONSE DE L'HAS

(Cette réponse nous a été adressée par courrier, nous ne pouvons donc pas reproduire l'original)

Le Directeur

Saint-Denis le 31 mai 2011

Réf DAQSS/SB/BPP/ML - dossier suivi par le Docteur Michel Laurence

Monsieur le Vice-Président,

J'ai bien reçu votre courrier du 6 mai dernier relatif à la recommandation de bonne pratique (RBP) sur la réalisation d'une sédation par des médecins non anesthésistes pour de actes invasifs.

Cette RBP est réalisée par la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) dans le cadre de l'attribution du label méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour obtenir le label de la HAS, le promoteur doit passer la RBP devant le Comité de validation des recommandations de bonne pratique, puis devant le Collège de la HAS.

A ce jour, cette RBP n'a été présentée ni devant le Comité de validation des recommandations de bonne pratique, ni devant le Collège de la HAS, et ne peut donc prétendre à ce jour au label méthodologique de la HAS.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur le Vice-président, en mes sentiments les meilleurs

Signée : P°/ François Romaneix

RÉFÉRENTIEL DE FORMATION PERMETTANT L'ACCÈS AU GRADE MASTER ETAT DES LIEUX SUR LA RÉDACTION

Pour rappel, après une « commande » du ministère de la santé au ministère de l'enseignement supérieur afin de tenter de finaliser le programme de formation et les textes relatifs à sa mise en application pour la rentrée 2011, un constat d'infaisabilité dans de bonnes conditions a été fait par toutes les parties participant au groupe de travail.

En effet, si le volet pédagogique, à savoir le programme de formation et ses modalités d'application, pouvait être finalisé durant le premier trimestre 2011, le volet organisationnel, concernant le conventionnement avec les universités, la qualification des enseignants et les évaluations, ne pouvait être conduit en si peu de temps au risque d'être bâclé.

D'autant plus que les enjeux de ce volet sont considérables pour garder la qualité et l'axe professionnalisant de la formation.

En effet, nous pouvons d'ores et déjà tirer les leçons de la mise en place plus que précipitée de la formation infirmière avec le grade licence. Certains cours sont faits par des enseignants-chercheurs avec un mépris total des objectifs de formation et pire de l'organisation de la formation.

Ce sont des points dont il faut absolument se garantir pour la mise en œuvre du nouveau programme de formation des IADE qui devrait donc être effective pour la rentrée 2012.

Pour l'accès au grade master, la proportion des cours magistraux devrait augmenter, mais dans les mêmes proportions que ce qui a été fait jusqu'alors à chaque modification du programme de formation depuis que celle-ci existe.

Ce qui doit impérativement perdurer est la direction pédagogique du programme par des directeurs IADE afin que les objectifs des cours réalisés par les universitaires soient bien dans l'axe de la profession. Actuellement, ce sont déjà des médecins anesthésistes qui dispensent la grande majorité des cours, demain ils devront avoir le titre d'enseignants-chercheurs, mais la nature de leurs enseignements ne doit pas changer. Dans une perspective de professionnalisation, il semble logique que le responsable et les intervenants, notamment professionnels, aient une connaissance fine, voire une pratique du champ couvert par le diplôme.

En ce qui concerne le problème de la délivrance du grade master aux IADE qui sont déjà diplômés, ceci à fait l'objet d'une rencontre au ministère de la santé le 7 juin dernier. Parmi les organisations professionnelles IADE, seuls l'UFMICT-CGT, SUD-Santé et le SNIA étaient représentés. En effet, cette réunion venait en réponse à la lettre adressée par nos trois organisations au Ministre de la santé le 27 janvier dernier.

Les représentants des ministères de la santé, de l'enseignement supérieur et de la conférence des professeurs d'université (CPU) ont rappelé que la démarche ne pouvait être qu'individuelle. Il faudra donc passer individuellement devant un jury composé d'universitaires et de professionnels. Par ailleurs, le droit permet plusieurs possibilités d'accès au grade de master : la validation d'acquis académiques, professionnels ou d'expérience. L'homogénéité est garantie par le Diplôme d'Etat et le décret de compétences : même statut, même salaire et reconnaissance homogène. *En ce sens, il ne peut y avoir de reconnaissance automatique au grade master.*

Par ailleurs, ***il est réaffirmé que ce qui définit le salaire est le poste occupé en relation avec le DEIA***. La revalorisation salariale est déjà actée par le protocole de février 2010, à la seule condition d'abandon de la catégorie active. L'obtention du grade de master n'a d'intérêt que pour les infirmiers anesthésistes qui souhaitent poursuivre des études universitaires, ***il est ainsi totalement déconnecté du salaire et du niveau bac+5.***

Si l'obtention du grade master est une évolution qui semble incontournable maintenant que les infirmiers en soins généraux ont le grade licence et qu'une grande proportion des formations en santé est universitaire dans les pays membres de l'Union Européenne et des pays de l'EEE, la « revalorisation salariale » actée par le décret n°2010-1139 du 29 septembre 2010, ne peut être acceptable. La prime de 120 euros brut n'est qu'un pansement qui n'a pas apaisé la colère des IADE.

Les collectifs régionaux, acteurs dynamiques et déterminés du mouvement de revendication en 2010 organisent une journée nationale IADE le samedi 8 octobre 2011 à Rouen pour faire le point sur la suite à donner à nos revendications qui restent hélas toujours et encore d'actualité.

Comme d'autres organisations syndicales, le SNIA y est invité et participera à cette journée.

Marie-Ange SAGET,
snia75@snia.net

AVENIR DES INFIRMIERS ANESTHESISTES

Assemblée Nationale - Question écrite n° 1101236 posée par Mr Laurent Hénard
Ministère interrogé : Travail, emploi, et santé
Parution au JO : question le 01/03/2011 : réponse 05/04/2011

Texte de la question

M. Laurent Hénart attire l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sur la situation des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE). Remis à lui en février 2011, ainsi qu'à Madame Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et à Madame Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé, le rapport « relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire » propose notamment d'intégrer les formations des professions paramédicales aux nouveaux parcours de l'enseignement supérieur définis par les accords de Bologne. À l'occasion de ce rapport, et de façon générale, les IADE souhaitent que leur spécialisation actuelle, caractérisée par une formation complémentaire de 24 mois, 700 heures d'enseignement et 2450 heures de stage, puisse effectivement faire l'objet d'une reconnaissance au niveau master, en conformité avec un métier qui implique un niveau supérieur de compétences, de technicité, de qualification et un champ d'exercice particulier. Dans ce contexte, il souhaiterait connaître ses intentions en la matière.

Texte de la réponse

La grille indiciaire du corps des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) a fait l'objet de revalorisations dans le cadre du protocole du 14 mars 2001, particulièrement pour les professionnels en fin de carrière. Le **protocole d'accord du 2 février 2010** renforce ce mouvement, en accentuant davantage la revalorisation chez les jeunes professionnels. Les IADE qui opteront pour le nouveau corps revalorisé percevront à l'issue de la réforme un supplément de **rémunération indiciaire de près de 2900 EUR annuels pour les plus jeunes** d'entre eux. **Les IADE en fin de carrière percevront près de 2100 EUR** de plus par an que dans le statut de 2001. **Tous les personnels du nouveau corps, qu'ils possèdent le diplôme actuel ou le futur diplôme rénové bénéficieront de ces mêmes grilles indiciaires revalorisées**. Ce protocole maintient ainsi la grille des IADE comme la grille de rémunération la plus élevée parmi les personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière. Il s'agit d'un effort considérable en période de tensions budgétaires. Les infirmiers en soins généraux, dont le diplôme a été rénové en premier (nouveau diplôme grade licence appliqué à la promotion 2009-2012), bénéficient eux aussi d'une forte revalorisation, applicable à compter de décembre 2010. Ceci a pu conduire certains IADE à considérer que leur expertise n'était pas suffisamment distinguée, compte tenu que ceux-ci **bénéficieront de la revalorisation à compter de juillet 2012 (nouveau diplôme prévu pour la promotion 2011-2013).** Ainsi, au cours des négociations et dans un souci d'équilibre vis-à-vis de la revalorisation attribuée à ces infirmiers, le ministère chargé de la santé s'est engagé à verser **une prime spécifique** (qui n'est pas une prime de fonction et de résultats) pour l'ensemble des IADE **à compter du 1er janvier 2011**, **d'un montant de 120 EUR**. Le différentiel avec les infirmiers en soins généraux est ainsi préservé. Le protocole de 2010 améliore sensiblement le dispositif d'avancement de grade et garantit une cohérence dans les avancements en fonction des niveaux de qualifications. **L'infirmier qui sera promu IADE conservera son échelon**, alors que précédemment il était seulement positionné sur l'échelon offrant un indice égal ou immédiatement supérieur.

Concernant **la retraite**, le corps actuel d'infirmier anesthésiste de la fonction publique hospitalière reste classé en catégorie **active**. La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit dans ce cas un droit au départ à la retraite porté à 57 ans. **Les IADE qui choisiront le nouveau corps revalorisé pourront, conformément à la loi, partir à la retraite à 60 ans (et non 62 ans**, âge d'ouverture qui s'appliquera aux IADE du secteur privé). En effet, l'article 30 neutralise, pour les personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière optant pour le nouveau corps, le relèvement de l'âge d'ouverture et de la limite d'âge prévu par la loi. Par ailleurs, l'ensemble des gains de rémunération acquis par les IADE du nouveau corps seront mécaniquement très favorables aux intéressés en matière de droit à pension. En effet, cette réforme attribuera aux personnels quasiment l'équivalent d'un 13e mois de salaire, et donc naturellement un 13e mois de pension.

Concernant la formation des IADE, et conformément aux engagements pris par le ministre chargé de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, **la restructuration de la formation est conduite dans la perspective de voir conférer au diplôme** de **IADE le grade de master**. Les travaux ont commencé dès l'automne 2010. Un groupe de travail, qui se réunit sous la responsabilité du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, s'appuie sur les référentiels d'activités et de compétences récemment finalisés. Dans son contenu, ses objectifs et ses modalités pédagogiques, la nouvelle formation proposée devra répondre aux exigences d'une formation universitaire de haut niveau. Le grade de master, ce n'est pas seulement la consécration d'une durée d'études, c'est aussi un contenu pédagogique et un encadrement universitaire. Ce **contenu doit rester professionnalisant**, mais doit aussi s'adapter aux exigences universitaires et intégrer une composante recherche plus substantielle. Il doit **permettre aux IADE** qui le souhaiteront **de poursuivre un cursus universitaire**. Pour cela, il doit être organisé sous la responsabilité d'enseignants-chercheurs qui, du fait de leur implication personnelle dans la recherche, permettent d'assurer l'adossement recherche indispensable à la délivrance du grade de master. De plus la formation devra être évaluée périodiquement par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES). ***Le code de la santé publique prévoit que certains actes effectués en anesthésie réanimation relèvent d'un exercice exclusif des infirmiers anesthésistes. Cet exercice protégé est totalement maintenu. La formation d'infirmier anesthésiste continuera à être validée par un diplôme d'État délivré par le ministère chargé de la santé. Compte tenu de l'exclusivité d'exercice reconnue aux infirmiers anesthésistes, toute expérience acquise dans ce domaine par un infirmier en soins généraux constituerait un exercice illégal. Par définition, une telle expérience non conforme ne pourra être avancée pour solliciter une* reconnaissance du diplôme d'IADE par validation des acquis de l'expérience (VAE).** L'attractivité du métier d'IADE est préservée, le nombre de candidats aux épreuves de sélection pour l'entrée en formation IADE est stable depuis 2006 : on compte 3 candidats pour 1 place.

Signatures :
Valérie PECRESSE, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
Xavier BERTRAND, Ministre Travail, Emploi, et Santé

ERREUR MEDICAMENTEUSE
CONFUSION GRAVE ENTRE NÉOSYNÉPHRINE® ET PROSTIGMINE® AP-HP

A la suite de plusieurs confusions entre des ampoules de NEOSYNEPHRINE AP-HP 5mg dans 1 ml, solution injectable (phényléphrine) et PROSTIGMINE 0,5mg dans 1 ml, solution injectable (néostigmine) ayant conduit à 19 incidents graves, dont un décès, l'AFSSAPS a convoqué une réunion en urgence le 6 juillet dernier sollicitant les avis des professionnels de l'anesthésie et des pharmaciens.

Le SNIA, ayant été contacté par l'AFSSAPS pour la participation d'infirmiers anesthésistes, a diligenté plusieurs collègues de différents établissements de France.

Lors de cette réunion, l'AFSSAPS a précisé que les travaux sur « l'étiquetage des médicaments et code couleur » en conformité avec les normes européennes se tiendraient à partir de septembre prochain.

Compte tenu de la petitesse de l'ampoule et de la difficulté d'y afficher un nom de spécialité relativement long, la mesure transitoire proposée pour différentier les 2 ampoules est de verticaliser l'étiquetage avec le nom « néoSYNEPHRINE » en majuscule pour les dernières lettres et le nom de la DCI « PHENYLEPHRINE » en majuscule au dessous.

Toutefois, aucun communiqué de l'AFSSAPS n'a été publié à ce jour pour confirmer cette nouvelle présentation !

Ci-dessous la lettre adressée aux professionnels de santé

En accord avec l'Afssaps, l'Etablissement Pharmaceutique de l'AP-HP souhaite attirer l'attention des pharmaciens hospitaliers et les professionnels de l'anesthésie.

Chère Consoeur, Cher Confrère,

A la suite de plusieurs confusions entre les ampoules des spécialités ***NEOSYNEPHRINE AP-HP 5 mg/mL, solution injectable*** (phényléphrine) et ***PROSTIGMINE® 0,5 mg/mL, solution injectable*** (néostigmine) ayant conduit à des effets indésirables graves, nous souhaitons attirer votre attention sur la **nécessité d'être extrêmement vigilant lors de la sélection, la préparation et l'administration de ces médicaments.**

Nous vous invitons également à **prendre toutes les dispositions nécessaires pour garantir le bon usage de ces spécialités, notamment au niveau des blocs opératoires (exemple : modification du rangement des médicaments, instauration d'une double vérification, utilisation d'armoire sécurisée…).**

Par ailleurs, afin d'améliorer la sécurité d'emploi de ces spécialités, des mesures de minimisation du risque d'erreur médicamenteuse, concernant notamment l'étiquetage, sont en cours d'évaluation en collaboration avec l'Afssaps. Vous serez tenus informés des conclusions de cette évaluation.

Nous vous remercions d'informer tous vos collaborateurs concernés par l'usage de ces spécialités pharmaceutiques en diffusant largement cette information.

Nous vous rappelons que tout effet indésirable grave ou inattendu doit être signalé au Centre Régional de Pharmacovigilance dont vous dépendez (leurs coordonnées sont disponibles sur le site internet de l'Afssaps : **http://www.afssaps.sante.fr** ou dans le dictionnaire Vidal).

Pour toute information médico-pharmaceutique, vous pouvez joindre l'unité Affaires Médicales et Pharmacovigilance de l'Etablissement Pharmaceutique de l'AP-HP :

Téléphone : 01.46.69.90.63 / Télécopie : 01.46.69.15.29

Veuillez agréer, Chère Consoeur, Cher Confrère, nos salutations les meilleures.

Dr Yvette BRASSEUR

Médecin Affaires Médicales et Pharmacovigilance

Dr Didier MORIAU

Pharmacien Responsable par intérim

JURISPRUDENCE – GLISSEMENT DE TÂCHE

Plusieurs événements ont mis en cause la responsabilité d'établissements hospitaliers. Bien que ces cas ne concernent pas directement l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, ils fondent la jurisprudence dont la profession peut se prévaloir en cas d'incident, d'accident soit sur la personne d'un patient soit sur celle de l'agent voire de développement de maladie professionnelle.

***Glissement de tâches : un hôpital condamné* !**

Dans un jugement daté du 23 février 2011, le ***Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)*** de Haute-Garonne estime que le CH de Saint-Gaudens a commis « ***une faute inexcusable »*** en affectant un agent de service hospitalier (ASH) sur une tâche d'ordinaire dévolue aux Aides-soignants (AS) – le déshabillage d'une patiente –, travail au cours duquel la salariée en question a contracté « une vive douleur dans le bas du dos », en l'occurrence une lombosciatalgie droite.

Comme le rappelle le TASS dans ses motifs, « ***ce n'est pas de façon fortuite ou ponctuelle »*** que l'agent a été amené à effectuer cette tâche « ***mais dans le cadre d'une mission programmée par l'employeur***, qui l'avait chargée de s'occuper des résidents, et non pas d'assurer les fonctions de nettoyage, préparation des repas, aide à la prise alimentaire, tâches relevant de ses fonctions ».

Ce glissement de tâches paraît « ***une pratique habituelle »*** dans l'établissement, ajoute le TASS, selon qui l'hôpital a commis « ***un manquement à l'obligation de sécurité de résultat*** qui pèse sur lui ». En effet, au fait des différences de formation et compétences entre les fonctions d'ASH et d'AS, le CH de Saint-Gaudens ne pouvait qu'avoir conscience du danger auquel il exposait sa salariée. « Pour autant, il n'a pris aucune mesure pour empêcher le risque de se réaliser », soutient le tribunal.
La notion de faute inexcusable de l'employeur est prévue à l'article L452-1 du code de la sécurité sociale. Elle peut être retenue contre un employeur, si un ou des travailleurs étaient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un représentant du personnel au CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) avaient signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé.

Les obligations des employeurs sont définis par les articles L4121-1 à 5 du code du Travail en précisant que : « ***L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (...) ».*** Depuis 2002, la cour de cassation a affirmé dans plusieurs arrêts sur les conséquences de l'amiante sur la santé des salariés que cette obligation générale de sécurité était en réalité une obligation de sécurité de résultat.

Manquement à l'obligation de sécurité
Le tribunal a donné raison à l'agent. Dans les motifs de sa décision, il précise : « Il semble que l'affectation des agents de service aux tâches des aides soignants soit une pratique habituelle dans l'établissement, puisque le problème a été signalé lors de la séance du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail du 26 octobre 2010. Il est ainsi établi qu'en affectant Mme P. à une tâche qui ne relevait pas de sa compétence, l'employeur a commis un manquement à l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur lui ; il ne pouvait qu'avoir conscience du danger auquel il exposait sa salariée puisqu'il n'ignorait pas les différences de formation et de compétence entre les fonctions d'aide-soignante et d'agent de service, et donc, les conséquences sur la capacité à dispenser des soins aux malades dans des conditions optimales ».

En ces temps de « ***Coopération entre professionnels de santé*** », les tribunaux, la jurisprudence et la législation sont heureusement là pour rappeler que les compétences s'acquièrent par la formation et que l'exercice des métiers obéit à la loi.

Le cas sus cité le démontre parfaitement en condamnant un hôpital pour « **faute inexcusable** ». Il permet de rappeler les obligations de tout employeur.

La faute inexcusable peut être retenue contre un employeur en cas :

- de manquement à une obligation de résultat qui pèse sur l'employeur,
- de pratique d'une tâche ne relevant des compétences de la personne concernée,
- de pratique habituelle dans le cadre d'une activité programmée,
- et si un ou des travailleurs ou un représentant au CHSCT ont signalé à l'employeur le risque encouru.

Le tribunal des affaires de la sécurité sociale retient la notion « d'obligation de résultat », ce qui signe une évolution favorable aux employés et contraint les employeurs à la vigilance sur les conditions de travail. Il souligne l'importance de dénoncer toute situation à risque que ce soit vis-à-vis du patient ou du personnel.

Vis-à-vis du patient, le SNIA est régulièrement interrogé concernant des IADE en présence de médecins ne respectant pas les règles de sécurité. Il faut le dénoncer auprès du directeur de l'hôpital sinon les IADE sont considérés comme complices « de mise en danger d'autrui ».

Concernant le personnel, il faut demander à un représentant du CTE ou du CHSCT d'informer l'instance et de le faire figurer sur le procès-verbal qui doit être public et porté à la connaissance de tout le personnel de l'hôpital. Les agents concernés doivent écrire au directeur. Tout courrier doit être adressé en recommandé-AR.

LES TURBULENCES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE INFIRMIER

29 mars 2011

Ordre des infirmiers : cotisation à 30 euros pour les salariés

Le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers a fixé lors de sa réunion du 29 mars 2011 le montant des cotisations pour l'exercice 2011-2012 :

- la majorité a voté pour une **cotisation à 30 € pour les infirmiers salariés** (y compris les jeunes diplômés, les bénévoles et les infirmiers exerçant à l'étranger)

- la cotisation pour les libéraux reste inchangée à 75 €

6 juin 2011

Le conseil national adopte son plan de restructuration

En séance extraordinaire, les conseillers nationaux de l'ordre ont adopté les grands principes d'un plan de restructuration portant sur les 3 niveaux géographiques d'organisation de l'Ordre.

Economies de charges

- rationalisation des structures pour les 3 niveaux
- organisation de la gouvernance
- organisation des contrôles internes

Plan de communication interne et externe et une meilleure information sur les missions de l'ordre

Changement d'adresse - nouvelle adresse :

Conseil national de l'ordre infirmier
63, rue Sainte Anne - 75002 Paris
Tél. 01 71 93 84 53

8 juillet 2011

Démission de Dominique LE BOEUF, présidente de l'ordre national des infirmiers

Dans une longue lettre Dominique Le Boeuf précise les raisons de sa démission. Elle met en cause les différents ministres, qui profitant de la réticence de infirmiers salariés à payer une cotisation élevée, ont porté atteinte à l'avenir de L'Ordre en tant qu'organisation pour tous les infirmiers quelque soit leur domaine d'exercice. Elle cite Madame Bachelot, qui « *a couvert de son autorité le refus de payer la cotisation* » ; et Monsieur Bertrand, ministre qui avait présidé à la création du Conseil de l'ordre, et qui, aujourd'hui, remet en cause les missions que l'ordre a reçues de la loi :

- *« la cotisation ne correspond pas à l'engagement qu' (il) a pris en 2006 ».*

- que la cotisation des salariés devrait être encore plus « *modique* » et deviendrait facultative.

- les employeurs des infirmiers devraient se substituer à l'Ordre pour la vérification de leurs titres et pour la discipline.

- Que l'ordre n'a pas *« réussi à recueillir les adhésions »* des infirmiers et ne pourra se développer *« qu'au fur et à mesure de la volonté des infirmiers de ce pays ».*

Alors que le SNIA, dès 1993 s'est opposé à la constitution d'un ordre professionnel infirmier en France, aujourd'hui nous sommes scandalisés par les ingérences des pouvoirs publics.

- Atteinte à l'indépendance du législateur, ce qui est anticonstitutionnel, montre l'ingérence du pouvoir exécutif dans le législatif et l'affaiblissement du Parlement (voir les décisions confiée à l'HAS pour le transfert de compétences).

- Un organisme de droit privé, qu'est l'Ordre, mais aussi les syndicats, n'a pas à recevoir en matière financière d'ordres des pouvoirs publics tant que sa comptabilité et l'emploi des fonds est conforme à sa mission.

- Le contrôle par les employeurs des titres professionnels est souvent aléatoire quand il n'est pas fait. L'Ordre dans ce domaine, se substitue à l'enregistrement obligatoire des diplômes d'Etat d'infirmier et d'infirmier anesthésiste par la Préfecture du lieu de l'exercice. Cette tâche régalienne ne sera plus désormais assurée, laissant ainsi la porte ouverte à tous les exercices illégaux possibles surtout liés à la libre circulation des professionnels au sein de l'Union européenne.

- Si la cotisation est facultative, quelle décision vont prendre les assureurs ? Pour l'instant la loi n'est pas abolie par les seules allégations du ministre de la santé. Les compagnies ne peuvent assurer qu'un infirmier qui répond aux obligations légales – obtention du diplôme Ah doc et l'inscription à l'ordre.

11 juillet 2011

Des dossiers en attente particulièrement épineux

L'ordre serait au bord de la cessation de paiement. Le niveau de ses ressources ne lui permet pas de faire face aux dépenses courantes.

On peut s'interroger pourquoi un organisme public comme un ordre en création n'ait pas fait l'objet d'un accompagnement par les pouvoirs publics qui l'ont mis en place. L'ordre se substitue aux préfectures pour l'enregistrement des diplômes d'infirmier, acte, qui garantit en France la qualité de profession réglementée. Cet acte majeur abandonné à un organisme privé était-il raisonnable ? Plus de vigilance n'aurait pas nuit !!!

Pourquoi les parlementaires et les gouvernements successifs n'ont pas pris plus tôt la mesure de la rue avant de lancer une usine à gaz.
Il faut dire que pendant plus de 15 ans, le SNIA a été le seul ou presque à refuser l'avènement de cet Ordre, (voir les bulletins de 1994, 1995…). Beaucoup sont venus quand il était trop tard, après l'atteinte au porte-monnaie, d'où notre colère aujourd'hui. La dérégulation n'est pas la solution. Il faut ou supprimer l'Ordre et mettre en place un système nouveau de régulation ou le laisser faire sa révolution si les moyens lui en sont donnés et s'il est encore possible !

ALLERGIE AU LATEX

Décidément, 2011 n'est pas l'année du concombre !!!

Réaction croisée avec le latex, un autre méfait du concombre !

Les réactions croisées entre latex et aliments sont connues depuis plusieurs années, avec en tête banane, avocat, kiwi, châtaigne. La liste des aliments responsables de ce syndrome ne cesse de s'accroître. Un nouveau cas d'allergie croisée ***latex-concombre*** vient d'être publié.

La patiente, sans antécédent atopique personnel ni familial, est âgée de 76 ans et avait été hospitalisée en urgence pour malaise avec vomissements, dyspnée, érythème et prurit vaginal. Les symptômes étaient apparus 5 minutes environ après avoir mangé du concombre incomplètement épluché.

L'interrogatoire a retrouvé un épisode d'urticaire lors de la consommation de papaye 3 mois avant l'accident. Ce premier incident avait été exploré et avait permis de mettre en évidence une sensibilisation au latex ignorée jusque là. La patiente tolérait tous les fruits sauf la papaye mais avait par la suite présenté une réaction lors d'un contact accidentel avec le latex (prurit et papules).

L'exploration allergologique a été poursuivie après le deuxième accident. Les prick-tests cutanés étaient positifs pour le concombre (pulpe et surtout peau), la papaye, le latex, la banane, l'avocat, le kiwi, la pastèque, la citrouille, la courge, la tomate mais étaient négatifs pour le melon et tous les aéro-allergènes. *Le taux des IgE spécifiques était supérieur à 100 kUA/l pour le latex, égal à 0,49 kUA/l pour la papaye, 0,41 kUA/l pour Hev b 1, 12,44 kUA/l pour Hev b 5, 12,41 kUA/l pour Hev b 6 et 0,76 kUA/l pour la banane. Il était négatif pour le concombre, Hev b 8, Pru p 3, Mal d 4, la papaïne et la bromélaïne.*

La patiente n'avait pas l'habitude de consommer melon, pastèque, avocat, banane, kiwi ou châtaigne. Par contre, elle mangeait régulièrement tomates, courges et citrouille sans aucune réaction.

L'immunoblot réalisé en présence du sérum de la patiente a montré une liaison IgE dans une bande de 30 kDa avec un extrait de la peau de concombre, dans une bande de 32 kDa avec l'extrait de papaye et pour plusieurs bandes avec l'extrait de latex. Aucune liaison IgE n'a été mise en évidence avec l'extrait de pulpe de concombre ni avec le melon. Une inhibition d'immunoblot a confirmé la réactivité croisée entre peau de concombre, papaye et latex.

PRIME DE TUTORAT DES INFIRMIERS

Annoncée depuis un an, la prime aux infirmiers exerçant les fonctions de tuteur : est à l'ordre du jour de la réunion du 30 juin du CSFPH, Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière : 850 € bruts annuels pour ceux qui encadrent au moins 10 étudiants en soins infirmiers par an, pendant au moins 20 semaines au cours d'une même année.

Projet de décret portant attribution d'une prime aux infirmiers exerçant les fonctions de tuteur

Article 1er : Les infirmiers mentionnés ci-après et qui remplissent les conditions définies à l'article 2 perçoivent, à raison des fonctions qu'ils exercent, une prime de tutorat dont les montants sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la fonction publique et du budget :

- 1°. Infirmiers nommés dans le corps des infirmiers régi par le décret du 30 novembre 1988 susvisé ;
- 2°. Infirmiers en soins généraux nommés dans le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière, régi par le décret du 29 septembre 2010 susvisé ;
- 3°. Infirmiers recrutés en application des dispositions du décret du 6 février 1991 susvisé exerçant les fonctions d'infirmier en soins généraux.

Article 2 : Afin de pouvoir prétendre au bénéfice de cette prime à taux plein, les infirmiers mentionnés à l'article 1 doivent remplir de manière cumulative les conditions suivantes :

- 1°. Exercer la fonction de tuteur auprès d'au moins 10 étudiants infirmiers par an ;
- 2°. Exercer la fonction de tuteur pendant au moins deux périodes de stage pédagogiquement distinctes ou pendant au moins 20 semaines au cours d'une même année ;
- 3°. S'inscrire dans un projet de tutorat validé par l'établissement et l'institut de formation en soins infirmiers de référence.

L'année mentionnée aux 1° et 2° est celle correspondant à l'année de formation en institut de formation en soins infirmiers.

Article 3 : Les infirmiers mentionnés à l'article 1 qui exercent la fonction de tuteur auprès de 5 à 9 étudiants infirmiers par an et qui remplissent les conditions mentionnées aux 2° et 3° de l'article 2 peuvent prétendre au bénéfice de cette prime à taux réduit.

Article 4 : La prime de tutorat est versée à terme échu selon une périodicité annuelle.

Projet d'Arrêté fixant le montant de la prime de tutorat

Article 1er : Le montant de la prime à taux plein prévue par le décret susvisé est fixé à 850 € bruts annuels.

Article 2 : Le montant de la prime à taux réduit

Les fonctions de tuteur sus-désignées, correspondent à l'accompagnement de professionnels soit nouvellement recrutés dans un service ou au niveau d'un établissement, soit d'un groupe d'étudiants, mais en aucun cas à l'encadrement ordinaire d'étudiants des écoles. Si un infirmier anesthésiste se trouve dans ce cas même s'il ne s'agit pas d'IADE mais d'infirmiers en soins généraux devant, par exemple exercer en réanimation ou en unité d'urgence, cela lui ouvre le droit à cette prime aux conditions sus-citées.Il faudra être vigilant, ce décret doit concerner tous les corps de la profession infirmière et pas seulement les seuls infirmiers en soins généraux, mais aussi les infirmiers anesthésistes et les infirmiers de bloc opératoire.

GUIDE HAS : ANNONCE D'UN DOMMAGE ASSOCIÉ AUX SOINS AMÉLIORER LA RELATION SOIGNANT - PATIENT

19 mai 2011

Environ un millier de patients subissent chaque jour un événement indésirable grave au cours d'une hospitalisation. L'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins réalisée en 2009 a permis d'estimer à 6, 2 pour 1 000 journées d'hospitalisation. Ce qui replacé au niveau d'une unité d'hospitalisation de 30 lits correspondrait à un évènement indésirable grave tous les cinq jours.

La Haute Autorité de Santé a donc décidé d'élaborer un guide d'accompagnement pour les aider dans cette démarche. Intitulé « *Guide d'annonce d'un dommage associé aux soins* », il est diffusé aujourd'hui accompagné de propositions d'actions à mettre en place sur le terrain.

Ce guide a un double objectif :

- répondre aux attentes et aux besoins légitimes des patients victimes,
- rassurer et accompagner tous les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice, dans cette démarche souvent difficile.

Confiance et dialogue, maîtres-mots de la démarche d'annonce

Ce guide a donc pour ambition de donner des repères, des conseils de bon sens qui ne sont plus toujours évidents dans une situation émotionnellement difficile à gérer. C'est un outil méthodologique qui permet de se reporter en temps réel à une liste de jalons opérationnels articulée autour des trois étapes clés de l'annonce : préparation, réalisation et suivi.

Dans les établissements de santé...

Le guide offre une synthèse de ce qui est à faire et à ne pas faire dans l'annonce d'un dommage associé aux soins durant les différentes étapes de ce processus.

De plus, elle conseille aux établissements de mettre en place des structures de soutien dédiées à l'écoute et au suivi psychologique de leurs professionnels ayant à faire face à l'annonce d'un dommage.

La certification des établissements de santé étant un des leviers important de l'amélioration des pratiques professionnelles, la HAS souhaite renforcer le critère consacré à l'« Information du patient en cas de dommage lié aux soins » (critère 11c) en en faisant un point obligatoire à vérifier par les experts visiteurs au moment de leur passage dans les établissements.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil

GUIDE RETRAITE PUBLIC - PRIVÉ

Document réalisé par le Ministère, «*Ma retraite, mode d'emploi*», le guide pour comprendre et préparer sa retraite vient de paraître.

Le système de retraite français se caractérise par une grande variété de régimes. Il existe en effet des régimes différents pour les salariés du secteur privé, les salariés du secteur public, les fonctionnaires, les professions libérales, les artisans, les commerçants, les agriculteurs non salariés... Il existe également des régimes dits "spéciaux", qui permettent de prendre en compte la diversité des situations et des groupes professionnels.

Ces régimes sont gérés par 35 organismes de retraite, auxquels sont obligatoirement rattachées toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle. Certains organismes gèrent à la fois la retraite de base et la retraite complémentaire, d'autres ne gèrent que l'un ou l'autre des deux étages de la retraite.

Ce guide est conçu pour répondre aux principales questions que se pose tout futur retraité : quand partir à la retraite ? Comment calculer sa durée d'assurance ? Comment calculer sa retraite ? Quelles sont les démarches à accomplir pour faire valoir ses droits à la retraite ?

Il ne prétend pas être exhaustif. Pour obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à prendre contact avec votre caisse de retraite.

http://www.retraites.gouv.fr/

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

*Vous êtes **infirmier (ière) anesthésiste jeune diplômé(e) ou confirmé(e)**, le CHRU de LILLE vous propose de venir travailler au sein d'un établissement offrant 86 salles interventionnelles réparties dans 14 blocs opératoires regroupant toutes les spécialités, 14 SSPI et 16 autres sites.*

LE CHRU DE LILLE RECRUTE

Rejoignez l'équipe IADE du CHRU de Lille

La pluridisciplinarité rencontrée permet de développer des compétences dans divers domaines et est riche d'enseignements.

Le CHRU permet de développer des connaissances dans le domaine du soin mais aussi de la recherche. Les agents travaillant au sein des blocs opératoires travaillent sur des amplitudes horaires de journée.

Recrutement
Mise en stage rapide
Reprise d'ancienneté
Prime de service
Prime d'installation sous condition

Evolution
Mobilité au sein de l'établissement
Formation continue réelle et accessible

Adressez votre candidature avec CV
Direction des Ressources Humaines
CHRU de Lille
59037 LILLE CEDEX

LE POLE SANITAIRE DU VEXIN (C. H. DE GISORS -27)

CH de Gisors – POLE SANITAIRE DU VEXIN

RECHERCHE IADE pour son bloc opératoire pluridisciplinaire de 3 salles

·Poste : 8h/16h et 8h/8h sur place.
·Profil : titulaire du diplôme d'état d'Infirmier Anesthésiste

·Expérience souhaitée
·Autonome - rigoureux

Envoyer lettre de candidature et CV à :
Monsieur TAQUIN, DRH
E-mail : jean-pierre.taquin@ch-gisors.fr
Courrier : CH de Gisors - BP 83 – 27140 GISORS

Pour renseignement :
Appeler Mme BOHARD
Cadre au Bloc : 02.32.27.79.96

Centre Hospitalier de Thiers

Centre Hospitalier de proximité de 428 lits et places, situé en Auvergne à 30 minutes de Clermont-Ferrand et 1 heure de Saint-Etienne

RECRUTE Un(e) IADE confirmé(e)

L'équipe d'IADE intervient aussi bien au bloc opératoire qu'au SMUR.
La chirurgie pratiquée est : orthopédie, viscérale, urologie et gynécologie.
L'établissement dispose d'une maternité, d'un service de surveillance continue.

Les candidatures sont à adresser au :
CENTRE HOSPITALIER DE THIERS
BP 89 - Route du Fau
63307 THIERS
Ou par mail à l'adresse : direction@ch-thiers.fr

Tous renseignements peuvent être fournis par le Directeur des Soins de l'établissement.
Tél : 04.73.51.10.33

Votre avenir professionnel ?

Imaginez-le aux Hôpitaux Universitaires de Genève….

… et rejoignez demain le plus grand hôpital universitaire de Suisse

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Les HUG recrutent

DES INFIRMIER(E)S ANESTHESISTES DIPLÔME(E)S

Proposer ses services aux HUG c'est se donner la possibilité d'exercer dans un lieu formateur et diversifié dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée avec des conditions de rémunération attractive. C'est aussi intégrer une équipe médico-soignante expérimentée et multiculturelle.

Laissez-vous tenter par une expérience professionnelle enrichissante dans un cadre de vie associant la vie citadine aux loisirs de la montagne et du lac.

Pour connaître nos offres d'emploi : www.hug-ge.ch rubrique Offres d'emploi

Pour déposer votre candidature spontanée : e-recrutement@hcuge.ch

Les HUG sont également sur FaceBook

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE

Entre Ardèche et Vercors à 2 heures de Marseille

Centre Hospitalier de Valence

RECHERCHE IADE

Les postes sont à pourvoir dés que possible

Recrutement par voie de mutation, détachement
Temps partiel possible

Dans le cadre du développement de son activité et de l'aménagement dans un nouveau bâtiment.

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation manuscrite devront parvenir au :
Directeur du Centre Hospitalier de Valence - Direction des Ressources Humaines
179 Boulevard Maréchal Juin - 26953 VALENCE CEDEX 9 - Tél. : 04.75.75.72.10

CENTRE HOSPITALIER HAZEBROUCK

Dans le cadre de l'ouverture d'une quatrième salle de bloc opératoire et de l'extension de son activité (chirurgie viscérale, vasculaire, urologique), le **Centre Hospitalier d'HAZEBROUCK**, établissement MCO disposant d'un plateau technique récent (situé à 40 minutes de Lille et Dunkerque)

RECRUTE

- **1 cadre IADE**
- **2 infirmiers anesthésistes (IADE)**
- **2 infirmiers de bloc opératoire (IBODE)**

Les candidatures sont à adresser à :
Centre Hospitalier d'HAZEBROUCK
À l'attention de Monsieur le Directeur
1, rue de l'Hôpital – BP 90209
59524 HAZEBROUCK Cedex

La Clinique Ambroise Paré de Conakry en Guinée

recherche en continu
Des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat
pour cause de rotations fréquentes

postes sur le site minier du Simandou, projet de la compagnie Rio Tinto.

- Son activité se fera en alternance dans une unité médicale et sur un point de forage, en équipe avec un médecin urgentiste et des médecins et infirmiers locaux.
- Son rôle s'articulera autour des urgences, sortie ambulance, transport, salle d'urgence, encadrement des infirmiers locaux, aide à la gestion du stock médicaments, information et communication.
- Il fera 6 semaines ON et 6 semaines OFF. Le salaire mensuel net est de 4316 euros.
Transport + logement + nourriture + billets, etc. sont pris en charge.

Contact :
Dr Saad Nabil
Tél. : 00 224 68 35 10 10 / 64 25 13 44
Mail : capconakry@yahoo.fr

CHU NIMES

Nouvelles activités :
Neurochirurgie
Chirurgies robotisées.

Entre Cévennes et plages de Méditerranée.

- Hôpital récent, parmi les plus modernes d'Europe.
- Travail en blocs opératoires (obstétrique, secteurs interventionnels). 21 salles
- 15 949 interventions chirurgicales

Vous pouvez adresser votre candidature(lettre de motivation et CV)
Par courrier : à l'attention de Monsieur le Directeur Général du CHU de Nîmes, Place du Professeur R. DEBRE, 30029 NÎMES CEDEX 9
Par mail : recrutement.ide@chu-nimes.fr
Via le site internet : www.chu-nimes.fr

Centre Hospitalier de Longjumeau

A 15 kms au sud de Paris dans l'Essonne

RECRUTE

IADE – IBODE

Infirmier(ères) de bloc opératoire

MUTATION / CONTRAT / VACATION

Spécialités prises en charge : Orthopédie, Viscéral et Urologie, OPH, ORL, Stomatologie, Plastie, Gynécologie-Obstétrique

Possibilité de logement et de place en crèche

Renseignements :
Direction des Soins
Tél. : 01 64 54 31 06
Email : dssi@ch-longjumeau.fr

Envoyer CV et lettre de motivation à la DRH : Email : secretariatdrh@ch-longjumeau.fr

---

CHRA
CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION D'ANNECY

Le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy

Hôpital dynamique de référence de la Haute-Savoie, situé dans un cadre de vie privilégié entre lac et montagnes,

recrute / recherche des IADE

suite au développement de la chirurgie cardiaque et de la neurochirurgie.

Ouvert aux mutations, aux détachements, CDD en vue de titularisation.

Tous les renseignements utiles sur la nature des postes peuvent être demandés auprès de la Direction des Soins (04 50 63 68 43 ou 04 50 63 62 26).

Postuler par mail : drh.candidature@ch-annecy.fr

Adecco Medical

Recruter, Ecouter, Proposer…
C'est notre cœur de métier !

IADE (h/f), IBODE (h/f), Cadres de santé (h/f) …

Adecco Medical, partenaire de votre recrutement !
Devenez membre du Club sur : **www.adeccomedical.fr**

Plus de 2000 offres d'emploi sur :
www.adeccomedical.fr

Refrouvez-nous sur :

Contactez l'une de nos 90 agences
N° Vert 0 800 007 006

Hôpital Robert Debré

CENTRE HOSPITALO – UNIVERSITAIRE ROBERT-DEBRÉ

L'HÔPITAL ROBERT-DEBRÉ

Pour la mère et l'enfant

Recrute Des IADE

Pour son bloc commun pédiatrique
bloc gynéco-obstétrique

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Contact : Secrétariat Direction des Soins | Tél : 01 40 03 24 83
martine.massiani@rdb.aphp.fr
48, boulevard Sérurier 75019 PARIS

- **Polyvalence dans les horaires**
- **Formation assurée**
- **Avantages sociaux, crèche**